



МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 22.11.2021 № 384-н

г. Южно-Сахалинск

**О внесении изменений в приказ министерства социальной защиты
Сахалинской области от 02.12.2013 № 142-н «Об утверждении
административного регламента по предоставлению государственной
услуги «Предоставление беременным женщинам ежемесячной денежной
выплаты на обеспечение их полноценным питанием»**

В целях приведения в соответствие с действующим законодательством
нормативных правовых актов министерства социальной защиты Сахалинской
области **п р и к а з ы в а ю** :

1. Внести в приказ министерства социальной защиты Сахалинской
области от 02.12.2013 № 142-н «Об утверждении административного
регламента по предоставлению государственной услуги «Предоставление
беременным женщинам ежемесячной денежной выплаты на обеспечение их
полноценным питанием», с учетом изменений, внесенных приказами
министерства социальной защиты Сахалинской области от 26.05.2014 № 40-
н, от 21.01.2015 № 1-н, от 06.04.2015 № 49-н, от 23.04.2015 № 56-н, от
16.06.2016 № 99-н, от 11.10.2016 № 49-н, от 10.08.2018 № 121-н, от
17.10.2018 № 193-н, от 15.10.2021 № 321-н, следующие изменения:

1.1. Пункт 2.6.1 изложить в следующей редакции:

«2.6.1. Для назначения ЕДВ беременной женщине заявитель
(законный представитель, представитель заявителя) представляет в

Учреждение заявление (приложение № 2 к настоящему административному регламенту).

В случае представления заявления при личном обращении заявителя, законного представителя либо представителя заявителя предъявляется документ, удостоверяющий личность заявителя (законного представителя, представителя заявителя), для удостоверения личности и сверки данных, указанных в заявлении (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации (форма № 2П), паспорт иностранного гражданина, вид на жительство в Российской Федерации, удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцами на территории Российской Федерации по существу, удостоверение вынужденного переселенца или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации, временное удостоверение личности лица без гражданства в Российской Федерации) (оригинал либо нотариально заверенная копия).

В случае представления заявления представителем заявителя по доверенности дополнительно предъявляется оформленная в установленном законодательством Российской Федерации порядке доверенность либо ее нотариально заверенная копия.

Заявление, не соответствующее требованиям пункта 2.6.5 подраздела 2.6 раздела 6 Правил, считается непредставленным.

В заявлении указываются способы перечисления ЕДВ беременной женщине:

- перечисление на реквизиты кредитной организации и расчетного счета, открытого в кредитной организации (наименование организации, в которую должны быть перечислены денежные средства, банковский идентификационный код (БИК), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) и код причины постановки на учет (КПП), присвоенные при постановке на учет в налоговом органе по месту

нахождения организации, номер счета лица, имеющего право на получение денежных выплат). В случае если банковский счет предусматривает осуществление операций с использованием платежной карты МИР, предоставляются сведения о реквизитах расчетного счета национальной платежной системы «МИР»;

- перечисление в почтовое отделение связи (номер почтового отделения связи).».

1.2. Абзац 7 подпункт 3.1.5.2 пункта 3.1.5 изложить в следующей редакции:

«- посредством Push-уведомления - при наличии регистрации на региональной мобильной платформе с 01.07.2022.».

1.3. Абзац 7 подпункт 3.2.6.5.2 пункта 3.2.6 изложить в следующей редакции:

«- посредством Push-уведомления - при наличии регистрации на региональной мобильной платформе с 01.07.2022.».

1.4. Приложение № 2 к административному регламенту изложить в новой редакции, согласно Приложению № 1 к настоящему приказу.

1.5. Приложение № 3 к административному регламенту изложить в новой редакции, согласно Приложению № 2 к настоящему приказу.

2. Опубликовать настоящий приказ на «Официальном интернет-портале правовой информации» и разместить на официальном сайте министерства социальной защиты Сахалинской области.

3. Настоящий приказ вступает в силу по истечении 10 дней после дня его официального опубликования.

Абзац 7 подпункт 3.1.5.2 пункта 3.1.5, абзац 7 подпункт 3.2.6.5.2 пункта 3.2.6 вступают в действие с 01 июля 2022 года.

Министр социальной защиты Сахалинской области



О.С. Орлова

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к приказу министерства социальной
защиты Сахалинской области

от 22.11.2021 № 384-н

«Приложение № 2
к административному регламенту по
предоставлению государственной
услуги «Предоставление беременным
женщинам ежемесячной денежной
выплаты на обеспечение их
полноценным питанием»,
утвержденному приказом
министерства социальной защиты
Сахалинской области от 02.12.2013
№142-н

Государственное казенное учреждение
«Центр социальной поддержки Сахалинской области»

ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИХ ПОЛНОЦЕННЫМ ПИТАНИЕМ

<*> 1. Заявитель _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

<*> страховой номер индивидуального лицевого счета _____,
принадлежность к гражданству _____,
адрес регистрации по месту жительства (пребывания) (почтовый индекс, наименование
региона, района, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса,
квартиры)

*(нужное подчеркнуть, указываются на основании записи
в документе, удостоверяющем личность, или документе,
подтверждающем регистрацию по месту жительства (пребывания)
(если предъявляется не паспорт, а иной документ,
удостоверяющий личность))*

адрес места фактического проживания (почтовый индекс, наименование региона, района,
города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса,
квартиры) _____

номер телефона (контактный) _____

Наименование документа,	
-------------------------	--

удостоверяющего личность			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			
Дата рождения			
Место рождения			

2. Представитель заявителя (законный представитель) (нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя, представителя заявителя)
 адрес места фактического проживания (почтовый индекс, наименование региона, района, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры) _____

 номер телефона (контактный) _____

Наименование документа, удостоверяющего личность представителя заявителя (законного представителя) (нужное подчеркнуть)			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			

Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя (законного представителя) (нужное подчеркнуть)			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			
Срок действия полномочий			

3. Прошу назначить социальную поддержку в виде ежемесячной денежной выплаты на обеспечение полноценным питанием беременным женщинам

4. Обязательство:

Обязуюсь возместить в Учреждение излишне выплаченные суммы в случаях предоставления документов с заведомо неверными сведениями, сокрытия документов, влияющих на право получения выплаты или на исчисление ее размеров.

Обязуюсь в месячный срок извещать ГКУ ЦСПСО о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты в соответствии со статьей 13 Закона Сахалинской области от 06.12.2010 № 112-ЗО «О социальной поддержке семей, имеющих детей, в Сахалинской области».

<*> 5. Уведомление о принятом решении прошу направить (выбрать один из способов информирования, сделав отметку в соответствующем квадрате и заполнить, соответствующее поле):

Текстовое сообщение на номер телефона: _____

Текстовое сообщение на адрес электронной почты: _____

В виде письменного извещения в соответствии со способом подачи заявления (почтовым отправлением на адрес, указанный в заявлении - в случае поступления заявления и документов в Учреждение при личном обращении, в МФЦ - в случае подачи заявления через МФЦ, в личный кабинет заявителя - в случае подачи заявления и документов через Портал государственных и муниципальных услуг Сахалинской области)

<*> 6. Прошу перечислять (сделать отметку в соответствующем квадрате и указать нужное):

Через кредитную организацию

наименование кредитной организации _____

БИК кредитной организации _____

КПП кредитной организации _____

ИНН кредитной организации _____

номер банковского счета заявителя
(в случае если банковский счет предусматривает осуществление операций с использованием платежной карты МИР, предоставляются сведения о реквизитах расчетного счета национальной платежной системы «МИР»)

Через почтовое отделение связи

Номер почтового отделения связи: _____

<*>7. К заявлению прилагаю документы:

№ п/п	Наименование документа
-------	------------------------

1.	
----	--

<*> 8. Достоверность сведений, указанных в заявлении, и ознакомление с положениями пункта 4 настоящего заявления подтверждаю:

Дата заполнения заявления	Подпись заявителя (законного представителя, представителя заявителя)	Расшифровка подписи (инициалы, фамилия)

<*> - разделы, обязательные для заполнения;

<***> - заявитель вправе заполнить самостоятельно, сведения запрашиваются в порядке межведомственного взаимодействия;

_____».

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к приказу министерства социальной
защиты Сахалинской области

от 22.11.2021 № 384-н

«Приложение № 3
к административному регламенту по
предоставлению государственной
услуги «Предоставление беременным
женщинам ежемесячной денежной
выплаты на обеспечение их
полноценным питанием»,
утвержденному приказом
министерства социальной защиты
Сахалинской области от 02.12.2013
№142-н

Государственное казенное учреждение
«Центр социальной поддержки Сахалинской области»

ЗАЯВЛЕНИЕ

**О НАЗНАЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ
ВЫПЛАТЫ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИХ ПОЛНОЦЕННЫМ ПИТАНИЕМ**
(предоставлении услуги в упреждающем (проактивном) режиме)

<*> 1. Заявитель _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

<*> страховой номер индивидуального лицевого счета _____,

номер телефона (контактный) _____,

Наименование документа, удостоверяющего личность			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			
Дата рождения			
Место рождения			

2. Представитель заявителя

(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя, представителя заявителя)

адрес места фактического проживания (почтовый индекс, наименование региона, района, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

номер телефона (контактный) _____,

Наименование документа, удостоверяющего личность представителя заявителя (законного представителя) <i>(нужное подчеркнуть)</i>			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			

Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя (законного представителя) <i>(нужное подчеркнуть)</i>			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			
Срок действия полномочий			

3. Прошу назначить социальную поддержку в виде ежемесячной денежной выплаты на обеспечение полноценным питанием беременным женщинам

4. Обязательство:

Обязуюсь возместить в Учреждение излишне выплаченные суммы в случаях предоставления документов с заведомо неверными сведениями, сокрытия документов, влияющих на право получения выплаты или на исчисление ее размеров.

Обязуюсь в месячный срок извещать ГКУ ЦСПСО о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты в соответствии со статьей 13 Закона Сахалинской области от 06.12.2010 № 112-ЗО «О социальной поддержке семей, имеющих детей, в Сахалинской области».

<*> **5. Уведомление о принятом решении прошу направить** (выбрать один из способов информирования, сделав отметку в соответствующем квадрате и заполнить соответствующее поле):

Текстовое сообщение на номер телефона: _____

Текстовое сообщение на адрес электронной почты: _____

В виде письменного извещения в соответствии со способом подачи заявления (почтовым отправлением на адрес, указанный в заявлении - в случае поступления заявления и документов в Учреждение при личном обращении, в МФЦ - в случае подачи заявления через

МФЦ, в личный кабинет заявителя - в случае подачи заявления и документов через Портал государственных и муниципальных услуг Сахалинской области)

<*> 6. Прошу перечислять (сделать отметку в соответствующем квадрате и указать нужное):

Через кредитную организацию

наименование кредитной организации _____

БИК кредитной организации _____

КПП кредитной организации _____

ИНН кредитной организации _____

номер банковского счета заявителя (в случае если банковский счет предусматривает осуществление операций с использованием платежной карты МИР, предоставляются сведения о реквизитах расчетного счета национальной платежной системы «МИР»)

Через почтовое отделение связи

Номер почтового отделения связи: _____

<*> 7. Достоверность сведений, указанных в заявлении, и ознакомление с положениями пункта 4 настоящего заявления подтверждаю:

Дата заполнения заявления	Подпись заявителя (представителя заявителя)	Расшифровка подписи (инициалы, фамилия)

<*> - разделы, обязательные для заполнения;

<***> - заявитель вправе заполнить самостоятельно, сведения запрашиваются в порядке межведомственного взаимодействия.

_____».